



## Absceso retrofaríngeo tras ingesta de cuerpo extraño

N. I. LAFUENTE ACUÑA, J. C. ARGIBAY COCHÓN\*, A. CASTRO OTERO  
Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria.

\*Diplomado Universitario en Enfermería. Servicio de Urgencias. Hospital Provincial de Pontevedra. Complejo Hospitalario de Pontevedra

### RESUMEN

El absceso retrofaríngeo es una patología poco frecuente, habitualmente secundaria a infecciones de vías respiratorias altas en niños o a lesiones por cuerpos extraños en adultos. La radiología lateral de cuello y la tomografía computerizada junto con la presentación clínica permiten el diagnóstico. El tratamiento antibiótico precoz y el drenaje quirúrgico evitan complicaciones potencialmente letales.

Presentamos el caso de un paciente que desarrolla absceso retrofaríngeo tras la ingesta de cuerpo extraño (hueso de pollo), precisando tratamiento antibiótico y drenaje quirúrgico. Se realiza una revisión de hallazgos clínicos, radiológicos, complicaciones y tratamiento de este cuadro.

**Palabras clave:** Absceso retrofaríngeo. Cuerpo extraño. Perforación esofágica.

### Retropharyngeal abscess after ingesting of foreign body

### ABSTRACT

Retropharyngeal abscess is an uncommon pathology, secondary to upper respiratory tract infections in children or trauma by foreign body in adults. The lateral neck x-ray and the computed tomography together with the clinical presentation permit diagnosis. Precious antibiotic treatment and surgical drainage avoid potentially fatal complications.

We present a case of a patient who develops abscess retropharyngeal after the ingesting of foreign body (chicken bone), where necessary antibiotic treatment and surgical drainage. Clinical and radiologic findings, complications and treatment are reviewed.

**Key words:** Retropharyngeal abscess. Foreign body. Esophageal perforation.

### INTRODUCCIÓN

El absceso retrofaríngeo (AR) se define por la infección entre la pared posterior de la faringe y la fascia prevertebral; se trata de un cuadro poco frecuente, más habitual en niños por extensión de infecciones orofaríngeas<sup>1</sup>. En adultos el cuadro es provocado por traumatismo tras ingesta de cuerpos

extraños que lesionan el esófago o la tráquea, por maniobras de intubación orotraqueal intempestivas y menos frecuentemente por infecciones bucodentarias<sup>7</sup>.

La exploración clínica junto con el TAC y la radiología lateral de cuello permiten el diagnóstico del AR<sup>2</sup>. Este cuadro difícilmente se resuelve de forma espontánea siendo potencialmente letal, por

Aceptación: 17-01-02

lo que precisa antibioterapia endovenosa y en ocasiones drenaje quirúrgico<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un paciente que tras ingesta y enclavamiento en esófago de cuerpo extraño (hueso de pollo) y retirada vía endoscópica del mismo, desarrolla a las 24 horas cuadro de disnea y fiebre con dolor en región cervical izquierda siendo diagnosticado como absceso retrofaríngeo y precisando drenaje quirúrgico del mismo, tras la infructuosa respuesta al tratamiento antibiótico.

## OBSERVACION CLÍNICA

Paciente de 55 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por presentar clínica de dificultad respiratoria intensa, odinofagia, dolor cervical y sensación febril de pocas horas de evolución. Dos días antes el paciente acudió al mismo Servicio por sensación de cuerpo extraño faríngeo tras ingesta de pollo, realizándose radiografías cervicales donde se descartó la presencia del mismo a nivel faríngeo (Fig. 1A) siendo necesaria la extracción endoscópica de un hueso de pollo al estar enclavado en tercio superior de esófago inmediatamente por debajo de boca de Killian. El paciente cursó alta, juzgándose innecesaria la profilaxis antibiótica.

En la segunda atención, el paciente presenta mal estado general, impresionando de gravedad, fiebre (38 °C), trismus con dificultad para dicción, disnea de reposo no tolerando decúbito. En la exploración destaca tumefacción dolorosa latero cervical izquierda extensa mal definida y faringe hiperémica sin exudado.

En la hematimetría destacaron 18.700 leucocitos (81% neutrófilos, 11% linfocitos, 6,8% eosinófilos, 0% basófilos). La gasometría fue pH 7.448, con pCO<sub>2</sub> 30, pO<sub>2</sub> 62,5 y EB -1. La bioquímica y la coagulación no fueron concluyentes. Se realizó radiografía lateral de cuello donde aparece un aumento significativo de partes blandas retrofaríngeas, con imágenes compatibles con presencia de gas a

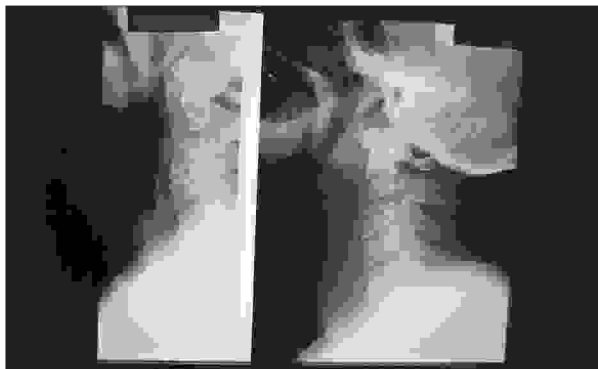


Figura 1

nivel inferior (Fig. 1B). El TAC cervico-torácico mostró abundante gas extraluminal localizado en espacio retrofaríngeo asociado a masa de partes blandas, que se extiende de orofaringe-hipofaringe hacia la izquierda por detrás de lóbulo izquierdo de glándula tiroidea; engrosamiento cutáneo y mala definición de haces musculares cervicales, sin datos de afectación mediastínica (Fig. 2).



Figura 2

En los hemocultivos extraídos en servicio de Urgencias se aísla *Staphylococo coagulasa* negativo.

El paciente ingresa en el Servicio de Otorrinolaringología, donde se inicia tratamiento antibiótico empírico con clindamicina 600 mg cada 8 horas, cefotaxima 1 g cada 8 horas y tobramicina 100 mg cada 12 horas y metilprednisolona 20 mg cada 8 horas. El paciente continúa afectado, con fiebre y progresivo empeoramiento de insuficiencia respiratoria por lo que se decide la intervención quirúrgica, con traqueotomía y cervicotomía lateral para drenaje de absceso a las 48 horas de iniciar tratamiento antibiótico.

Se realiza seguimiento con radiografía lateral de cuello, ecografía de partes blandas de cuello y endoscopia alta, manteniéndose antibioterapia 72 horas más, con buena evolución cursando alta tras 18 días de hospitalización.

## DISCUSIÓN

El espacio retrofaríngeo se extiende desde la base del cráneo hasta el mediastino y está dividido por el rafo medio en dos mitades que contienen las cadenas ganglionares linfáticas del espacio suprahioides. Estos ganglios recogen el drenaje linfático de la nariz, los senos paranasales, la faringe y la trompa de Eustaquio.

El absceso retrofaringeo se define como una infección entre la pared posterior de la faringe y la fascia prevertebral, siendo una patología poco frecuente y relativamente desconocida con complicaciones potencialmente letales (sobre todo en niños menores de 6 años)<sup>3</sup>. La mayoría de los casos descritos aparecen en niños tras infecciones de nasofaringe, senos paranasales y oído medio<sup>6</sup>, al producirse migración de los gérmenes a través de la vía linfática e invasión de ganglios de la retrofaringe dando lugar a la formación de absceso posterior<sup>9</sup>. Se han descrito casos de absceso retrofaringeo tras abusos sexuales con penetración oral<sup>5</sup>. La incidencia de este cuadro ha disminuido en gran medida por la utilización generalizada de antibióticos durante los últimos años<sup>1,8</sup>.

Las lesiones en tráquea o esófago por cuerpo extraño<sup>5-7,9</sup> o tras maniobras de intubación orotraqueal intempestivas<sup>7</sup>, son las causas más frecuentes de AR en adultos, siendo menos habitual como forma de presentación de un carcinoma nasofaríngeo<sup>18</sup> o tras infección del área odontológica<sup>7,10</sup>.

Dentro de los signos y síntomas que nos podemos encontrar en un paciente con AR destacamos: fiebre, disfagia, rigidez cervical, hiperextensión de cabeza y cuello, tumefacción cervical, odinofagia, disfagia y voz apagada<sup>20</sup>.

La radiografía lateral de cuello y el TAC cervical son las pruebas diagnósticas más precisas para la detección del AR<sup>2</sup>. El TAC presenta limitaciones a la hora de diferenciar entre celulitis y absceso pero tiene una alta sensibilidad para confirmar la ruptura proximal de esófago y la presencia de absceso<sup>3</sup>. La radiografía lateral de cuello es la prueba más específica, ya que demuestra el aumento de espacio retrofaringeo y la presencia de gas prevertebral<sup>3</sup>. Ante la sospecha de la presencia de cuerpo extraño y si ninguna de las citadas pruebas detecta la presencia del mismo en cuello, es conveniente realizar una exploración metódica del mismo<sup>12</sup>, utilizando otras técnicas como la endoscopia alta. Diversos autores citan el TAC con Galio-67<sup>16</sup> y el Eco-doppler, como métodos diagnósticos con alta

sensibilidad para detectar esta patología y posterior seguimiento, siendo el primero de elección en niños ya que evita exámenes radiológicos<sup>17</sup>.

Entre los gérmenes más comúnmente aislados destacan: *Staphylococcus*, *Streptococcus pyogenes* y *Klebsiella*<sup>4,10,13</sup>.

La complicación más común que afecta a todos los grupos de edad es la infección de tracto respiratorio por aspiración de pus<sup>6</sup>. La septicemia se produce fundamentalmente en niños menores de seis años. Otras complicaciones descritas son la mediastinitis, el derrame pleural y la pericarditis<sup>11</sup> e incluso se han descrito casos de muerte súbita<sup>19</sup>. Otra complicación descrita es el Síndrome de Grisel, la luxación de la articulación atlanto-axoidea, secundario al edema y a la tensión de ligamentos provocados por el absceso<sup>14</sup>.

El absceso retrofaringeo rara vez se resuelve espontáneamente, siendo necesaria la antibioterapia intravenosa (efectiva entre el 20 y el 40% de los abscesos)<sup>1</sup> previo al drenaje quirúrgico vía transoral o externo mediante cervicotomía lateral del mismo. La necesidad de traqueotomía o intubación orotraqueal suele ser excepcional, ante el peligro de obstrucción total de la vía aérea, como sucedió en nuestro paciente.

Como conclusión, al igual que numerosos autores, creemos necesaria la profilaxis antibiótica, en todos aquellos pacientes que tras ingesta de cuerpos extraños y retirada de los mismos en puntos de atención continuada (PAC) o Servicios de Urgencias Hospitalarios, se sospeche que puedan presentar lesiones faríngeas o esofágicas, incluso inaparentes, dado el mecanismo de producción, las complicaciones y la potencial letalidad de este cuadro<sup>15</sup>.

#### CORRESPONDENCIA:

Natalia Isabel Lafuente Acuña  
C/ Cancela, 16  
36143 Salcedo  
Pontevedra

## Bibliografía

- Lalakea ML, Messner AH. Retropharyngeal abscess management in children: current practices. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121: 398-405.
- Stone ME, Walner DL. Correlation between computed tomography and surgical findings in retropharyngeal inflammatory processes in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999; 49: 121-5.
- Boucher C, Dorion D. Retropharyngeal abscesses: a clinical and radiologic correlation. *J Otolaryngol* 1999; 28: 134-7.
- Sharma HS, Kurl DN. Retropharyngeal abscess: recent trends. *Auris Nasus Larynx* 1998; 25: 403-4.
- Morzaria S, Walton JM. Inflicted esophageal perforation. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 871-3.
- Hartmann RW. Recognition of retropharyngeal abscess in children. *Am Fam Physician* 1992; 46: 193-6.
- Pintado V, Cibrian F. Retropharyngeal abscess in adults. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995; 13: 40-3.
- Sethi DS, Chew CT. Retropharyngeal abscess, the foreign

- body connection. *Ann Acad Med Singapore* 1991; 20: 581-8.
9. Raj TB, Zarod AP. Acute non-tuberculous retropharyngeal abscess in adults (case reports of three patients). *J Laryngol Otol* 1985; 99: 1297-300.
  10. Goldenberg D, Golz A. Retropharyngeal abscess: a clinical review. *J Laryngol Otol* 1997; 111: 546-50.
  11. Grijalba Uche M, Medina Sola JJ. Retropharyngeal abscess for foreign body complicated by mediastinitis and pericarditis. *An Otorrinolaringol Ibero Am* 1996; 23: 577-87.
  12. Coales UF, Tandon P. Limitations of imaging for foreign bodies in parapharyngeal abscess and the importance of surgical exploration. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 683-5.
  13. Pontell J, Har-EL G. Retropharyngeal abscess: clinical review. *Ear Nose Throat J* 1995; 74: 701-4.
  14. García-Perez A, Regidor FJ. Non-dystonic torticollis. A report of a case secondary to retropharyngeal abscess. *Rev Neurol* 2000; 30: 1157-60.
  15. Siou G, Yates P. Retropharyngeal abscess as a complication of oropharyngeal trauma in an 18-month-old child. *J Laryngol Otol* 2000; 114: 227-8.
  16. Chan WL, Fernandes VB. Retropharyngeal abscess on a Ga-67 scan: a case report. *Clin Nucl Med* 1999; 24: 942-4.
  17. Chao HC, Chiu CH. Colour Doppler ultrasonography of retropharyngeal abscess. *J Otolaryngol* 1999; 28: 138-41.
  18. Pak MW, Chan KL. Retropharyngeal abscess. A rare presentation of nasopharyngeal carcinoma. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 70-2.
  19. Uchigasaki S, Takahashi H. A sudden death case from retropharyngeal abscess. *Nippon Hoigaku Zasshi* 1997; 51: 442-5.
  20. Coulthard M, Isaacs D. Retropharyngeal abscess. *Arch Dis Child* 1991; 66: 1227-30.